

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

N° _____

THÈSE

POUR LE

759

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Ivan TZONEFF

Né le 24 Juin 1906 à Radevo (Bulgarie)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
des Pertes de Sang
dans la Grossesse tubaire

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MEDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ECOLE-DE-MÉDECINE, 13

—
1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Ivan TZONEFF

Né le 24 Juin 1906 à Radevo (Bulgarie)

CONTRIBUTION A L'ETUDE des Pertes de Sang dans la Grossesse tubaire

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MEDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13

—
1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEZ-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.
»	MOIGNOT.



IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULÉ		HEITZ-BOYER	
CHABROL		MOURE	
CHIRAY		QUENU	
DONZELOT		SCHWARTZ	Clinique Obstétricale.
DUVOIR		VELTER	
HARVIER		ECALLE	
LIAN		GUENIOT	
PASTEUR-VALLERY- RADOT		LE LORIER	
SEZARY		LEVY-SOLAL	
		METZGER	

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
GLAVE	Pathologie chirurgic.	LEROUX	Anatomie pathologi.
USQUET	Pharmacologie.	LEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	ZIMMERN	Physique.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BERNARD (Etienne).. . . .	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
BULLIARD	Histologie.	LEVEUF	Patholog. chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie.
DOGNON	Physique.	MOREAU	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOULONGUET	Patholog. chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GASTINEL	Bactériologie.	OBERLING	Anatomie pathologi.
DE GAUDART D'ALLAINES	Patholog. chirurgicale.	PETIT-DUTAILLIS	Patholog. chirurgicale.
GAYET	Physiologie.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
GIROUD	Histologie.	PORTES	Obstétrique.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	RICHET	Physiologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngol.	SANNIE	Chimie biologique.
HAZARD	Pharmacologie.	SENEQUE	Patholog. chirurgicale.
HUGUENIN	Anatomie pathologi.	TROISIER	Pathol. expérimentale.
JOANNON	Hygiène.	TURPIN	Pathologie médicale.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.	VIGNES	Obstétrique.
LACOMME	Obstétrique.	WILMOTH	Patholog. chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*En témoignage de mon profond amour
filial et de mon infinie reconnaissance
pour leur affection, leur dévouement, leur
sacrifice.*

MEIS ET AMICIS

A LA MEMOIRE DU PROFESSEUR PROUST

*je dédie ce travail, c'est dans son service
que nous avons puisé les notions cliniques
et nous a facilité la tâche de réaliser cette
thèse.*

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de clinique obstétricale
Membre de l'Académie de Médecine,
à la Faculté de Médecine de Paris,

*qui nous a fait le très grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse. Hom-
mage reconnaissant.*

A M. LE DOCTEUR PARAT

Hommage de reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

AVANT-PROPOS

A côté des grands accidents hémorragiques qui viennent brusquement arrêter l'évolution d'une grossesse tubaire, il importe d'insister sur les hémorragies qui se font jour à l'extérieur.

Certaines pertes de sang présentent un type particulier qui doit évoquer l'idée d'une grossesse ectopique. Elles présentent, de ce fait, un élément important pour établir un diagnostic.

Aussi, doit-on s'efforcer de préciser leurs caractères, leurs modalités cliniques, leur signification, le mécanisme de leur production, c'est-à-dire de réunir tous les documents concernant ces métrorragies.

C'est dans ce but que nous avons consacré nos efforts en réalisant cet humble travail.

Nous étudierons, à côté des autres symptômes de la grossesse tubaire, les pertes sanglantes elles-mêmes, en insistant sur leur mécanisme de production, les lésions anatomiques qui sont à leurs origines, leur allure clinique, les problèmes-diagnostic qu'elle pose.

Qu'il nous soit permis, avant de terminer ce préambule, d'adresser toute notre gratitude à notre Maître, M. le Docteur Douay, qui nous a inspiré le sujet de ce travail et qui nous a donné, aimablement, son concours dans sa réalisation.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous étudierons, successivement, l'œuf ectopique et la muqueuse utérine dans leur rôle de provoquer au cours d'une grossesse ectopique une hémorragie.

I. — ETUDE DE L'ŒUF ECTOPIQUE

a) *Etude microscopique.*

L'œuf tubaire provoque des hémorragies d'une façon variable selon son siège exact au niveau de la trompe.

Il est classique de distinguer dans la trompe quatre portions :

infundibulaire,

ampullaire,

isthmique,

interstitielle.

Nous étudierons les lésions capables de provoquer l'hémorragie dans ces différentes portions de la trompe.

AU NIVEAU DU PAVILLON

Il s'agit là d'un entonnoir souple et extensible amarré par une longue frange tubo-ovarique au pôle externe de l'ovaire.

L'œuf ectopique, lorsqu'il siège dans cette portion de la trompe, se décolle précocement et provoque une hémorragie. Le sang épanché en pareille circonstance peut se déverser, soit dans le péritoine et réaliser une hématoecèle latérale, soit vers la portion ampullaire donnant lieu à un hématosalpinx.

AU NIVEAU DE L'AMPOULE

L'œuf se développe pendant deux ou trois mois et ceci pour de multiples raisons qui découlent essentiellement de la structure anatomique de cette portion de la trompe.

L'ampoule tubaire est longue de 7 à 8 cm., en moyenne, elle est mobile, souple et surtout extensible; son calibre extérieur est de 8 à 9 mm., sa paroi est plus mince, sa cavité est très spacieuse et extensible.

On comprend, dès lors, pourquoi l'œuf se développe dans cette portion de la trompe et qu'à l'encontre de ce qui se passe, comme nous le verrons dans l'isthme, la grossesse se termine ici tard, à l'âge de deux ou trois mois.

Lorsque se produit, dans cette portion, l'apoplexie ovulaire précoce, elle ne donne pas lieu à une rupture primaire du sac, mais simplement à la formation d'un hématosalpinx avec ou sans hématoçèle.

Dans les vingt cas signalés par le Professeur Couvelaire, ces lésions sont démonstratives :

Ces hématosalpinx recueillis chirurgicalement renfermaient des débris d'œuf tout jeunes dans leur évolution, depuis un temps variable, noyés dans un hématome primaire simple, entourés par des stratifications concentriques d'apoplexie à répétition.

Ces hématosalpinx étaient, les uns, intra-tubaires, les autres accompagnés d'hématoçèle sans solution de continuité de la trompe; les autres, enfin, accompagnés d'hématoçèle avec rupture secondaire du sac.

Quelles sont les raisons de cette différence de réaction de l'ampoule à l'apoplexie ovulaire?

Cette différence semble être expliquée par la structure de cette portion de la trompe; la grande extensibilité de ses parois, le voisinage immédiat de l'ostium abdominal perméable, extensible, véritable soupape de sûreté.

Ces raisons suffisent, dit le Professeur Couvelaire, à expliquer pourquoi les conditions de résistance de la paroi étant également modifiées par la greffe de l'œuf dans l'ampoule et dans l'isthme, le sac

ampullaire ne se laisse pas crever d'emblée par l'hémorragie, aussi facilement que le sac isthmique.

Au total, donc au niveau de l'ampoule, il y a une évolution longue de la gestation, la rupture se faisant, presque toujours, après la huitième semaine, elle n'est pas souvent brutale en raison de l'extensibilité de la paroi; elle est précédée d'un amincissement progressif de la couche pariétale avec petites fissurations; sa conséquence est l'hématosalpinx avec hématoçèle consécutive.

AU NIVEAU DE L'ISTHME

Quelques notions anatomiques, d'abord, qui expliquent le mécanisme de la rupture, ses conséquences :

Cette portion de la trompe est longue (3 ou 4 cm.), elle est dure au toucher, donnant au doigt la sensation d'un cordon plein que l'on compare à celle donnée par le canal déférant. Son calibre est minime (3 à 4 mm.), sa paroi est presque inextensible, sa cavité est exigüe.

Rappelons que la greffe de l'œuf est beaucoup moins fréquente dans cette portion que dans l'ampoule.

L'évolution de la grossesse, à ce niveau, est bien spéciale.

Le Professeur Couvelaire la résume dans la for-

mule suivante : expansion abdominale libre du sac ; interruption très précoce de la grossesse par apoplexie ovulaire s'accompagnant de rupture primaire intra-péritonéale du sac et d'hémorragie intra-péritonéale diffuse.

Les raisons de cette réaction particulière du sac de grossesse isthmique peuvent être recherchées dans les caractères anatomiques et la topographie de l'isthme.

On a discuté le rôle de l'exiguïté de la cavité tubaire, permettant l'insertion de l'œuf sur la presque totalité de la circonférence de la paroi, favorisant ainsi le ramollissement et l'amincissement de la paroi tubaire et l'expansion du sac vers la cavité péritonéale.

On a incriminé la continuité que présente le sac au niveau de ces deux pôles interne et externe avec une trompe dure sans souplesse plicaturée du fait de la bosselure formée par l'œuf ectopique.

Enfin, on a attaché une certaine importance à l'absence, à ce niveau, d'une soupape souple comme l'ostium abdominal permettant au liquide de s'écouler rapidement. L'ostium utérinum paraît, en effet, trop exigü pour permettre l'écoulement facile de sang vers l'utérus et l'abaissement de la tension dans le sac surdistendu par la brusque apoplexie ovulaire.

En somme, la grossesse isthmique présente une évolution particulière caractérisée par une rupture précoce en péritoine libre, avec une diffusion rapide et considérable de l'hémorragie dans la cavité péritonéale.

AU NIVEAU DE LA PORTION INTERSTITIELLE

C'est une portion à parois épaisses, de longueur minime, d'une lumière très restreinte, ne dépassant pas 0 mm. 5.

Cette paroi est formée par la musculature utérine elle-même, qui se ramollit sous l'influence du développement de la grossesse, formant une coque contractile et résistante.

L'œuf qui se développe occupe une place variable et la grossesse porte des noms différents, selon que le siège de l'œuf empiète sur l'utérus ou sur la trompe :

tubo-interstitielle,

interstitielle vraie ou intra-murale,

tubo-utérin.

L'évolution de la grossesse interstitielle vraie se termine généralement dans les trois premiers mois par la rupture avec inondation péritonéale. Dans la variété tubo-utérine, le fœtus peut tomber dans la cavité utérine et réalisant un avortement tubo-utérin,

en tout comparable à l'avortement utérin; dans la variété tubo-interstitielle, l'œuf peut être chassé dans la trompe et dans la cavité péritonéale réalisant l'avortement tubo-péritonéal.

De toute façon, la grossesse interstitielle donne lieu à des hémorragies importantes, à prédominance variable, soit hémorragie utérine, soit hémorragie tubaire, soit hémorragie péritonéale ; c'est cette dernière qui, habituellement, est la plus importante.

II. — ETUDE MICROSCOPIQUE

L'histologie des rapports fœto-maternels donne l'explication microscopique des hémorragies.

La paroi tubaire s'hypertrophie et cette hypertrophie porte particulièrement sur les fibres musculaires de l'organe.

Il existe en outre de l'œdème du tissu conjonctif ainsi que de la réaction leucocytaire intense; les artères deviennent volumineuses et prennent la forme hélicine.

Les veines sont turgescentes et forment de véritables lacis qui serpentent dans la paroi.

Mais cette hypertrophie de la paroi tubaire avec exagération de la vascularisation s'associe à un autre processus qui produit, en certains points, un amincissement notable de la paroi, surtout lorsque la gros-

sesse a dépassé le deuxième mois. Les fibres musculaires se dissocient et disparaissent par place, de sorte que l'œuf se met en rapport avec le péritoine. Cet amincissement est dû, en partie, à la surdistension du canal salpingien, mais l'action destructive des villosités choriales, comme nous le verrons, joue un rôle primordial.

Cet amincissement est maximum au niveau de l'insertion placentaire.

C'est au niveau de la caduque inter-tubo-placentaire que nous verrons l'explication de ce que le Professeur Couvelaire appelle l'apoplexie ovulaire, phase commune à tous les accidents hémorragiques.

Zedel, Cornil et Mandel admettent l'existence d'une caduque développée aux dépens de la muqueuse tubaire, mais d'une caduque peu développée non comparable à la caduque utérine, épaisse et très vascularisée, adaptée à la fonction de gestation.

Ici, une seule couche de cellules la constitue. Cette couche manque, d'ailleurs, par place, et les villosités entrent alors en contact avec la couche fibromusculaire de la trompe.

Pour Kühne, Couvelaire, les éléments cellulaires proviendraient de l'épithélium de villosités fœtales qui pénétreraient les éléments maternels et se substitueraient à eux. En bien des points, en effet, on voit

les tissus maternels comme ulcérés, pénétrés par les bourgeons épithéliaux provenant des villosités fœtales.

Cette paroi tubaire est ainsi amincie, digérée et bientôt perforée par les éléments histologiques de l'œuf cherchant la circulation maternelle.

Les opinions, d'ailleurs, varient sur la cause intime de l'apoplexie ovulaire.

Pour certains, comme Pilliet, Cestan, il s'agit d'une hypotrophie de l'œuf.

Les villosités placentaires s'atrophient; leurs orborisations diminuent; leur axe reste grêle; la plupart subissent la transformation fibreuse, d'autres une transformation myxomateuse qui les fait ressembler aux vésicules hydropiques des mûles hydatiformes de l'utérus. A mesure qu'elles s'atrophient, les vaisseaux maternels s'ouvrent, donnant lieu à de petits épanchements sanguins, sorte d'apoplexie localisée. Si l'hémorragie est plus importante, il se fait un hématome en nappe entre le placenta et la paroi tubaire (Pilliet).

Cliniquement, ces réactions s'accompagnent de douleurs et de pertes survenant à propos de causes congestives, périodes des règles, traumatisme, examen, coït, etc...

Pour d'autres auteurs plus récents on doit distinguer deux cas :

l'hémorragie extra-ovulaire,
l'hémorragie intra-ovulaire.

L'hémorragie extra-ovulaire amène le décollement de l'œuf et parfois un éclatement de la zone d'adhérence de l'œuf et de la paroi tubaire : c'est ce que certains appellent la rupture capsulaire interne, ce qui permet au sang de fuser dans la lumière tubaire et donnant lieu à l'hématosalpinx.

Cette dénomination de rupture de la capsule interne est en opposition à la rupture tubaire proprement dite qu'ils appellent rupture capsulaire externe en rapprochant les deux processus.

Dans l'hémorragie extra-ovulaire il y a décollement de l'œuf vivant par hémorragie.

Dans l'hémorragie intra-ovulaire, au contraire, il y a tout d'abord mort de l'œuf et c'est cela même qui amène l'atrophie des villosités et la béance des sinus placentaires; l'hémorragie n'est plus la cause mais la conséquence de la mort de l'œuf.

Au total, perforation de la trompe par l'action érodante des villosités choriales, et formation d'infarctus donnant l'explication histologique des hémorragies au cours de la grossesse tubaire.

ETUDE DE LA MUQUEUSE UTÉRINE COMME PROVOCATRICE
DE L'HÉMORRAGIE

Sous l'influence de la grossesse tubaire l'utérus subit les modifications caractéristiques de la gestation.

Il augmente de volume, se ramollit et se vascularise comme s'il s'agissait d'une grossesse utérine.

Le fait essentiel est que la muqueuse utérine subit la modification caractéristique de la grossesse, sa transformation en caduque.

Elle subit une hypertrophie considérable avec apparition d'une couche profonde de cellules déciduales.

Cette caduque est appelée fousse-caduque, puisqu'elle ne peut jouer le véritable rôle qui lui est dévolu, d'envelopper l'œuf en lui facilitant la nidation et de lui apporter le sang maternel pour lui faciliter sa nidation.

Cette transformation de la muqueuse utérine en caduque se fait sous l'influence des sécrétions hormonale du corps jaune de la grossesse. On comprend que le résultat est obtenu aussi bien dans la grossesse ectopique que dans la grossesse utérine puisque dans les deux cas un corps jaune gravidique s'est développé dans l'ovaire.

Cette caduque continue à se développer tant que l'œuf est vivant.

Lorsque l'œuf meurt, cette caduque se détache, saigne et est expulsée.

Nous assistons alors à une métrorragie par élimination de fousse-caduque.

Des auteurs se sont demandés si la caduque peut saigner avant la mort de l'œuf? La caduque paraît être responsable des hémorragies congestives de type cataméniales se produisant parfois malgré la grossesse au moment de la date des règles.

Par ailleurs, des formations polypeuses de cette caduque peuvent être la cause d'hémorragie au cours de l'évolution de la grossesse ectopique et de toutes complications.

CHAPITRE III

PATHOGENIE

Si l'on réunit les conceptions de la plupart des auteurs, il semble qu'il faille incriminer plusieurs facteurs dans la pathogénie des accidents hémorragiques :

l'insuffisance de la nutrition de l'œuf,
une fragilité vasculaire spéciale,
l'infection,
l'excès de tension, la congestion par hyperhémie.

1° L'insuffisance de la nutrition de l'œuf est un fait pour ainsi dire évident : une trompe n'a pas les qualités d'un utérus pour faire vivre un œuf.

L'étude histologique des connexions fœto-maternelles montre leur insuffisance.

2° Aschoff a insisté sur la fragilité vasculaire, il dit que c'est parce que les vaisseaux sont plus courts et plus droits que ceux de l'utérus (disposés en vrille et pouvant s'allonger) qu'ils peuvent se rompre plus facilement.

3° Tous les auteurs insistent sur l'infection : elle prédispose à la grossesse tubaire, mais par l'hyperhémie et la néoformation vasculaire qu'elle détermine, elle semble bien devoir joué un rôle dans cette fragilité vasculaire : les vaisseaux néoformés composés seulement d'endothélium étant, évidemment, prédisposés à devenir une cause d'hémorragie.

On a insisté, aussi, sur la fréquence de formations ovariennes kystiques et le rôle dans la détermination d'hémorragie au cours de la grossesse tubaire. Ceci ne semble pas impossible depuis que Forgue et Masabau ont montré, dans un travail sur l'ovaire à petits kystes, combien celui-ci influait sur l'état congestif et la tendance aux hémorragies.

L'excès de tension et la congestion sont des phénomènes habituels au cours de la grossesse tubaire et constitue une cause essentielle de l'hémorragie.

*
**

Reste un problème essentiel : d'où vient le sang des pertes observées au cours des grossesses ectopiques?

Sans aucun doute il vient, essentiellement, de la trompe malade.

Nous avons vu comment l'œuf est capable de

provoquer une hémorragie intra-ovulaire. Le sang ainsi épanché forme à l'intérieur de la trompe une poche sanguine : hémotosalpinx.

Quelle est l'évolution ultérieure de cet épanchement?

Il peut se diriger vers le pavillon. L'ostium abdominal est généralement libre étant *donné* qu'il a laissé passage à l'ovule, gagne la cavité péritonéale et donne lieu à une hématoçèle. Il peut aussi se diriger vers l'ostium utérinum qui, libre le plus souvent puisqu'il a laissé passage au spermatozoïde, gagne la cavité utérine et donne lieu à une métrorragie.

Mais le sang peut venir aussi de la trompe saine par le mécanisme suivant : parfois le sang péritonéal est repris par la trompe saine, un hémotosalpinx secondaire se constitue, celui-ci se vide par mouvements péristaltiques dans l'utérus, d'où métrorragie.

Enfin, la muqueuse utérine transformée en caduque peut saigner soit par formation polypoïde ou par congestion, soit à la mort du fœtus par détachement de la caduque.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Suivant les conceptions classiques :

a) Aucune perte de sang pendant le développement de l'œuf.

b) L'hémorragie de l'œuf est première complication donnant lieu à la crise douloureuse abdominale suivie rapidement de perte de sang rouge.

c) La mort de l'œuf provoque l'élimination de la caduque utérine donnant lieu à des crises de contraction utérine avec pertes de sang rouge et de débris plus ou moins apparents.

d) Lorsque l'œuf présente des débris actifs, c'est-à-dire des villosités ovulaires vivantes, le saignement se perpétuera donnant lieu à des pertes continues à sang noir brunâtre.

e) L'arrêt des pertes de sang noir indique la disparition de l'activité des cellules ovulaires, premier indice de la résorption de l'hématocèle et de la guérison spontanée.

Dans cette étude clinique, nous laisserons de côté tout ce qui a trait aux grandes complications, pour ne parler que des cas où la perte sanglante, seule ou associée à d'autres signes fonctionnels, permet un diagnostic précoce, devançant les grands accidents hémorragiques. Mais il importe aussi de faire mention des pertes sanglantes qui posent le diagnostic de « reliquat de grossesse tubaire », pertes qui persistent après l'avortement tubaire.

Aussi, étudierons-nous successivement les pertes sanglantes précoces, celles qui accompagnent les accidents hémorragiques, celles qui les suivent.

A la conception d'aménorrhée qui aurait pu très facilement faire penser à un état de grossesse, se substitue, à l'heure actuelle, la notion d'irrégularité menstruelle, notion qui découle de faits de la pratique courante. Un interrogatoire serré s'efforcera toujours de préciser la date des dernières règles, leur modalité d'apparition, leur durée. C'est ainsi qu'on pourra mettre en évidence, le plus souvent, un léger retard, beaucoup plus rarement une arrivée prématurée.

Pinard avait déjà insisté sur le caractère de ces pertes. Elles diffèrent des règles habituelles par le défaut de périodicité, aussi bien que par la qualité et la quantité de sang perdu.

Ces pertes sanglantes peuvent se produire à une

date exactement coexistante avec celle des hémorragies cataméniales.

Le Professeur J.-L. Faure insistait sur le fait que la congestion utérine se fait sentir aux époques menstruelles, au cours d'une grossesse ectopique, et favorise l'apparition des accidents hémorragiques. Dans ce cas, la grossesse ectopique constituée d'après les règles précédentes normales est âgée de trois semaines environ, lorsque la perte de sang se produit.

Une avance des règles décrite par Mondor n'a pas pu être confirmée par tous les auteurs. Elle doit être exceptionnelle. Douay n'en a jamais observé, sauf lorsque les règles précédentes ont été très écourtées, de sorte que l'œuf est déjà âgé d'un mois lorsque les accidents hémorragiques se produisent, laissant croire à une avance sur la date habituelle des règles. Notre observation n° 7 nous montre une telle avance sur la date présumée des règles.

Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'un léger retard. La femme a attendu ses règles, elles ne sont survenues que quelques jours plus tard. Ce fait n'attire souvent que peu l'attention de la malade; aussi, lorsqu'on a l'occasion de la voir, et lorsqu'on cherche à faire le diagnostic par la précision des petits symptômes fonctionnels, il est souvent difficile de reconstituer cette notion d'aménorrhée.

La femme vient consulter pour des pertes san-

glantes qui ont souvent coïncidé, à quelques jours près, avec la date présumée des règles.

Ce qu'il faut, c'est bien mettre en évidence les caractères qualitatifs et quantitatifs de ces pertes, les symptômes concomitants qui sont inhabituels pour une ménorrhagie normale.

Pour Bonnet, ce sont les règles d'une durée ou d'une abondance exagérées, quoique venues à date normale, des pertes sanguines irrégulières rouges ou noirâtres, et survenant après les règles normales.

Ces hémorragies externes sont de couleur caractéristique. Le sang n'est pas rouge, il est noirâtre, chocolat, marc de café, brunâtre, rouille, parfois terreux, clair. Nos observations nous montrent la variabilité de couleur de ces pertes. Si l'on demandait le linge de la malade, on serait frappé de cette couleur rouge-sépia qu'a la tache provenant de la perte sanglante.

Ce sont des pertes le plus souvent peu abondantes, revêtant le type d'un suintement ininterrompu, pouvant aboutir de temps à autre à un jet brusque de courte durée, à la suite de fatigue, d'effort, de secousses de voiture. Parfois, ces pertes présentent une évolution périodique; les hémorragies se produisent par périodes, entrecoupées d'intervalles où la malade ne saigne pas. Nous serions incomplets si

nous ne mentionnions pas les débris de caduque qui sont souvent rejetés avec les hémorragies.

Mais, à côté de ces pertes qui ont leur caractère propre, il n'est pas rare de les voir revêtir l'aspect d'une ménorragie normale. Les pertes sont constituées par du sang rouge. Elles s'écoulent cependant en petite quantité, pour ainsi dire goutte à goutte, réalisant l'« hémorragie distillante de Pozzi ».

Quoi qu'il en soit, que ces pertes revêtent un type spécial ou à plus forte raison qu'elles soient en tout comparables à une ménorragie normale, la recherche par l'interrogatoire des signes fonctionnels concomitants qui permettent de diriger le diagnostic vers la notion de grossesse ectopique, prend une valeur primordiale.

Ces pertes sanglantes sont douloureuses; certes, les douleurs peuvent manquer, mais leur absence ne permet pas d'éliminer la grossesse tubaire. Leur existence, par contre, est un appoint utile au diagnostic.

Lorsque la douleur existe, elle peut être vive, aiguë; beaucoup plus fréquemment, elle se réduit à une sensation de gêne, de pesanteur, de tiraillement dans le bas-ventre. Elle est remarquable par sa fixité à un point bien limité, bien précis; elle peut s'exagérer à l'effort, mais elle n'est pas calmée au repos. Lorsque son siège est à prédominance rétro-utérine,

elle retentit sur la défécation et détermine de faux besoins d'aller à la selle.

Donc, des pertes sanglantes, durant depuis quelque temps, étant survenues après une période de règles en retard, des pertes souvent de caractère, de qualité et de quantité particulières, des pertes quasi toujours douloureuses, font penser à la grossesse tubaire.

L'existence des signes sympathiques de grossesse apportera un appui de valeur à cette hypothèse.

Mais, à l'examen gynécologique revient la tâche de faire le diagnostic. L'examen donne des renseignements variables, selon que la femme est vue avant ou après le cinquième mois. Dans le premier cas, l'utérus est gros, moins gros que ne le ferait supposer l'âge de la grossesse, et, à côté de lui, une tumeur arrondie, molle, non contractile, qui représente l'œuf tubaire.

Après cinq mois, on constate tous les signes de grossesse, abdomen avec ballottement fœtal; au toucher, le corps utérin n'est pas augmenté de volume, il est repoussé contre le pubis.

Si la grossesse tubaire n'est pas opérée tôt, et ceci du fait de l'absence de diagnostic, elle évolue et se termine plus ou moins tardivement par un accident hémorragique important : l'inondation péritonéale et l'hématocèle enkystée.

Ceci, disons-le, est malheureusement encore une éventualité fréquente. La rupture s'accompagne rarement d'hémorragie externe. Pour Bonnet, les pertes sanglantes peuvent survenir au moment de l'interruption de la grossesse, par inondation péritonéale. Ceci paraît être, pour Bonnet, un excellent élément de diagnostic.

Le sang qui s'écoule serait, soit liquide, rouge et sans caillots, soit beaucoup plus souvent brunâtre, épais, ayant le caractère d'un sang déjà sorti des vaisseaux depuis quelque temps.

Pour Bouley, l'hémorragie à sang rouge précédant la rupture serait d'origine utérine et en rapport avec un faux travail. Dans ce sang, on trouverait des débris de caduque plus ou moins importants.

Au contraire, l'hémorragie à sang brunâtre qui ne s'établirait qu'après la rupture serait d'origine tubaire, car le sang a les mêmes caractères que celui que l'on trouve dans la cavité tubaire. Si l'écoulement est trop réduit pour apparaître à la vulve, il est décelé par la présence du sang à l'extrémité du doigt qui vient de pratiquer le toucher.

Une perte sanglante, même si elle existait, est éclipsée par les signes d'anémie aiguë qui font le diagnostic. « Une malade sans hémorragie externe, mais saignée à blanc, à qui le toucher vaginal fait pousser

le cri de Douglas — dit Mondor — le diagnostic n'en demande pas plus. »

Néanmoins, un interrogatoire rapide cherchera, entre autres notions, celle de la métrorragie.

Le diagnostic en sera ainsi grandement facilité.

Mondor dit : « L'opposition d'abord entre cette anémie profonde et le pauvre suintement que l'on vous dit ou que l'on vous montre, d'autre part la notion de l'irrégularité menstruelle, c'est assez pour la certitude. »

L'hématocèle enkystée dans le Douglas — conséquence de l'avortement tubaire — est d'un diagnostic aisé si l'on songe à la multiplicité des signes fonctionnels, la pesanteur, les tiraillements, le ténesme rectal, la douleur à la miction, la température 38°5, avec, à l'examen : un énorme empâtement sans limite précise, débordant, étalé latéralement dans le cul-de-sac postérieur.

Néanmoins, le diagnostic se trouve renforcé si l'interrogatoire peut faire préciser la notion d'irrégularité menstruelle, de métrorragies peu abondantes, de sang noir.

Les métrorragies constituent un reliquat fréquent de l'avortement tubaire, et permettent un diagnostic rétrospectif de cette grossesse.

Pour Lejars, ces reliquats sont de deux types, suivant que l'avortement a été suivi ou non d'expulsion.

Si l'avortement a été suivi d'expulsion, éventualité la plus fréquente, le kyste gravidique se rompt, la paroi tubaire restant intacte, il se vide par le pavillon dans le péritoine. Quant à l'hémorragie, elle peut se faire par les deux voies intrapéritonéale et utérine. Seule alors la persistance des pertes rouges journalières peut conclure à une suite d'avortement tubaire.

La perte rouge prolongée continue, fût-elle très peu abondante, apporte, en effet, en pareilles conditions, au diagnostic, un appoint capital. Si cette perte manquait, c'est une condition suffisante pour éliminer le diagnostic d'hématocèle, quelles que soient les apparences.

Lejars n'a jamais vu manquer dans l'hématocèle relativement récente, jusqu'à 3, 4 à 5 semaines, la perte rouge, indicatrice. Il admettait même volontiers que ce suintement se prolonge davantage dans l'hématocèle par avortement que dans l'hématocèle par rupture.

Les parois tubaires, dans ce dernier cas, étant de nature à favoriser l'oblitération plus ou moins rapide de la trompe, qui reste perméable dans la première hypothèse.

Une autre condition, qui donne lieu à des émis-

sions sanglantes par l'utérus aussi bien qu'à une hémorragie de la trompe, c'est celle qui procède de l'expulsion incomplète du contenu tubaire. L'avortement tubaire simule en tout l'avortement utérin, et ceci d'autant plus que la grossesse est récente, la brusque interruption ne se traduisant que par des réactions abdominales atténuées et facilement mécon-
nues.

La métrorragie faisant penser, en pareille occurrence, à une métrite hémorragique, on pratique un curetage, mais les pertes réapparaissent; la curette restant impuissante, elle n'agit pas sur le foyer hémorragique.

Là où manquent les pertes sanglantes, c'est lorsque la rétention tubaire est totale, sans expulsion avec trompe fermée; l'avortement se produit alors par le mécanisme de l'hémorragie intra-tubaire : une certaine quantité de sang liquide peut être expulsée par le pavillon ou par l'utérus, au moment de l'accident, mais le kyste reste clos, intact, il ne s'infecte pas, il se condense, s'indure, il figure une tumeur annexielle.

On voit que la métrorragie, petit signe à côté des grands accidents qui révèlent souvent la grossesse ectopique, reste néanmoins un signe de première valeur, car, dans toutes les étapes d'une grossesse tubaire, elle renforce ou confirme un diagnostic hésitant.

Il existe donc, en conclusion à l'encontre des notions classiques :

- a)* Des pertes pendant que l'œuf est encore vivant.
- b)* Ces pertes sont parfois indépendantes de toute hémorragie au niveau de l'œuf.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des pertes sanglantes de la grossesse tubaire n'est pas toujours aisé et ceci surtout lorsque la symptomatologie ne revêt son allure habituelle.

Ce diagnostic passe par plusieurs étapes.



a) Lorsqu'il existe des signes indiscutables de grossesse on ne discute pas les causes extra-puerpérales de pertes sanglantes.

Le plus souvent la congestion mammaire, les signes sympathiques sont peu nets, le retard des règles difficile à préciser.

Aussi, faut-il rapidement éliminer toutes les causes de métrorragies.

Sans insister sur les causes générales qui, chez une femme, sont capables de donner lieu à une métrorragie, le rétrécissement mitral, les affections

hémorragiques, l'hémogénie, nous nous arrêterons surtout sur les affections locales de l'appareil génital qui sont capables de saignée.

Il est facile de reconnaître un polype avec ses métrorragies de sang rouge mêlé de caillots et accompagné de leucorrhée.

Le fibrome est reconnu aussi par le toucher.

Par ailleurs, il donne rarement lieu à des accidents douloureux et hémorragiques quand il accompagne une grossesse utérine.

Les difficultés deviennent plus grandes lorsqu'il s'agit d'un fibrome douloureux, inséré sur une corne utérine.

Les commémoratifs montrant la présence de ménorragies antérieures peuvent apporter parfois une utile contribution au diagnostic.

Les métrorragies du cancer du museau du tanche ont leur caractère propre et sont vite rattachées à leurs causes par l'examen gynécologique et la biopsie.

Plus difficile est le diagnostic du cancer endocervical, d'un polype intra-utérin, les hémorragies ovariennes et surtout la métrite hémorragique.

Mais avant de penser à ces affections, il faut, chez une femme jeune, penser à un accident hémorragique de l'état puerpéral et ceci impose la recherche de signes de grossesse.

b) La congestion mammaire et les signes sympathiques existent.

Y a-t-il grossesse utérine?

Pouvoir l'éliminer c'est écarter de la discussion tous les accidents hémorragiques de grossesse utérine au cours des premiers mois et avant tout l'avortement.

Ce diagnostic peut devenir difficile.

Certaines grossesses intra-utérines, dans les premiers mois de leur évolution, peuvent donner lieu à une forme anormale de l'utérus, avec bosselure latérale simulant une tuméfaction annexielle. Dans la grossesse ectopique il faut rechercher l'indépendance de la tumeur et de l'utérus.

À la palpation, cette tumeur ne donne jamais la sensation de contractions actives; sa consistance est toujours molle, peu tendue. Au contraire, dans une gravidité intra-utérine, on observe des modifications de consistance d'un moment à l'autre.

Ce signe, pour Douay, ne trompe jamais, mais il n'est pas toujours facile de l'observer avec netteté.

La grossesse utérine dans l'utérus latéro-dévié peut simuler la grossesse ectopique. J.-L. Faure nous conseille de faire examiner dans la position déclive. Sous cette influence, la réduction se produit et le fond de l'utérus grévise reprend sa place sur la ligne médiane.

Le diagnostic est surtout malaisé avec la grossesse angulaire.

Celle-ci, assez fréquente, est caractérisée anatomiquement par la nidation de l'œuf dans une corne, c'est-à-dire dans l'angle de cavité utérine, tout près de l'ostium. Cette corne utérine, distendue et ramollie par la grossesse, constitue une saillie latérale, molle et pâteuse. Au toucher, au début, on trouve une petite tumeur accolée à un des angles de la matrice. Il existe parfois des pertes de sang rappelant les règles.

L'utérus prend une forme irrégulière, qui, surtout dans les premières semaines de la grossesse, peut faire penser à une gestation tubaire; elle est même presque impossible à distinguer de la grossesse interstitielle (Douay).

Mais dans le cas d'une trompe gravide, celle-ci se trouve en arrière de l'utérus et tombe dans le Douglas, alors que, dans la grossesse angulaire, elle est dirigée latéralement et même en avant. Bar insiste sur le signe de Hégar, supérieur : « au lieu d'observer, comme normalement, une bande de ramollissement au niveau de l'isthme (signe de Hégar) on constate l'existence à la base de la corne gravide d'une zone de ramollissement qui la sépare du reste de l'utérus et permet à cette corne de se mobiliser sur l'utérus, comme autour d'une charnière; on peut donc sentir par le toucher une double tuméfaction ». Mais

contrairement à la grossesse tubaire, il existe souvent des alternatives de contractures utérines douloureuses, durcissement et relâchement avec masse molle pâteuse.

Dans les cas difficiles où il est permis d'hésiter entre une grossesse tubaire et une grossesse angulaire, il suffit d'attendre et la temporisation permettra d'en faire le diagnostic. L'asymétrie diminue petit à petit et on ne distingue plus une tumeur accolée à l'utérus. D'habitude, l'utérus gravide angulaire se régularise spontanément au cours du deuxième ou du troisième mois; d'après Douay, après la onzième semaine. Enfin, en cas de doute, on pourra tenter une laparotomie exploratrice.

Néanmoins, une métrorragie de type spécial de signes de puerpéralité, une tumeur latéro-utérine, c'est une grossesse tubaire.

Ce diagnostic commandant d'emblée une intervention chirurgicale, il est indispensable d'appuyer ce diagnostic par les testes biologiques.

Diagnostic biologique. — Souvent l'examen clinique seul d'une malade suspecte de grossesse ectopique laisse le médecin dans le doute.

Dans ce cas, pour le confirmer ou l'éliminer, on s'adresse alors à la ressource biologique.

Celle-ci comprend l'examen des produits expul-

sés, la réaction d'Ascheim-Zondek, la numération globulaire, la recherche des produits de dissociation de l'hémoglobine.

1° EXAMEN HISTOLOGIQUE DE LA CADUQUE

L'expulsion de la caduque sans l'œuf indiquerait la grossesse extra-utérine. Mais parfois, comme le fait remarquer à juste titre Vignes, l'œuf peut passer inaperçu. Toutefois la présence du fœtus est un signe de certitude de l'avortement utérin, aussi doit-on demander à l'entourage si on a vu le fœtus expulsé avec le sang. D'autre part, l'absence des villosités n'est pas un signe certain, car on peut tomber sur un fragment de caduque qui ne les contenait pas. Toutefois la présence de villosités est un signe certain en faveur d'un avortement utérin.

En somme, il faut toujours examiner avec soin les produits d'expulsion et en faire au besoin l'examen histologique.

2° RÉACTION D'ASCHEIM-ZONDEK

Pour Franqué, la réaction d'Ascheim-Zondek, en cas d'œuf vivant, donne un résultat positif dans 99 % des cas, et ceci déjà pour un retard des règles de 4-5 jours, parfois 3 jours (c'est-à-dire probablement 17-

19 jours après une imprégnation). Pour Bruhl, le moment le plus précoce de la réaction positive serait 4 jours après une cohabitation fertilisante. En tout cas, un diagnostic positif peut être donné à un moment où aucun examen clinique ne peut l'établir.

Le professeur Brindeau dit que dans la grossesse ectopique (œuf vivant), la réaction d'Ascheim-Zondek est positive et même d'une façon plus précoce encore que dans la grossesse utérine.

La réaction repose sur le fait que l'hormone du lobe antérieur de l'hypophyse, qui survient très tôt après la conception dans l'urine des femmes gravides, peut être démontrée dans cette urine en quantité considérable. Cette démonstration se fait par injection de 1-2 cm³ d'urine à des souris impubères de 3 semaines, pesant 6-8 grammes, ne présentant par conséquent aucun cycle œstral; ces injections, au nombre de six, sont sous-cutanées et se font au cours de deux jours; après 96 heures, c'est-à-dire au cinquième jour, les souris (on utilise toujours cinq souris et un animal de contrôle) seront sacrifiées et en cas de réaction positive, présenteront sur les ovaires trois réactions : les deuxième et troisième réactions sont spécifiques de la grossesse, alors que la première se présente aussi dans certains troubles de la fonction ovarienne en dehors de la grossesse.

En cas de réaction d'Ascheim-Zondek, on cons-

tate les faits suivants : quatre jours après injection de l'urine de la femme enceinte à une souris, la manifestation des trois réactions :

1^{re} réaction : apparition de nombreux follicules;

2^e réaction : apparition de follicules hémorragiques;

3^e réaction : apparition de corps jaunes; en outre, augmentation considérable de l'utérus rempli de sécrétion.

En examinant les pièces au microscope, on voit, au lieu de l'ovaire infantile avec des follicules primaires, un ovaire adulte avec de gros follicules, des points congestionnés, des follicules hémorragiques et enfin, correspondant à la troisième réaction, des corps jaunes et des follicules non rompus dont les cellules ont subi la transformation lutéinique.

En cas de soupçon de gestation ectopique, il serait naturellement désirable que le résultat terminal pût être obtenu avant le cinquième jour.

On peut constater déjà après 24-48 heures, les mêmes modifications ovariennes (réaction de Friedmann) à condition qu'on injecte l'urine gravide chez la lapine par voie intra-veineuse (V. Franqué).

La réaction de Simonnet (souriceau mâle), quoique plus fidèle, exige huit à dix jours.

En utilisant cette réaction d'Ascheim-Zondek, il faut tenir compte que celle-ci devient négative environ 8-12 jours après la mort ou l'expulsion de l'œuf, dans chaque cas, même avec grossesse intra-utérine, et même plus tôt quand les échanges entre l'œuf et le sang maternel ont été interrompus plus tôt.

Aussi la réaction n'est-elle utilisable que quand elle est positive. Elle démontre alors qu'il existe une grossesse avec des villosités choriales vivantes; on détermine si cette grossesse est extra-utérine par la constatation clinique d'une masse annexielle.

En cas de résultats négatifs, on a toujours la tranquillité de savoir qu'il s'agit d'un produit mort, ce qui diminue considérablement le danger et permet d'attendre.

Si le résultat est négatif, attendre; par contre, avec un résultat positif, opérer immédiatement.

3° NUMÉRATION GLOBULAIRE ET SÉDIMENTATION

DES GLOBULES ROUGES

La numération globulaire a été surtout employée pour différencier une salpingite d'avec une gestation extra-utérine.

Elle se base sur la numération des globules blancs dont le nombre est augmenté en cas de salpingite.

Lee, Urdan et d'autres, se basant sur la très

grande rapidité de la sédimentation des globules en cas d'annexites aiguës, attribuent une grande valeur à ce signe. Mais les résultats ne semblent pas toujours constants, comportant de nombreuses exceptions.

Norris rappelle que l'ictère n'est pas rare dans la rupture tubaire; il permettrait de faire le diagnostic différentiel.

Il y aurait hyperbilirubinémie; mais comme le fait remarquer Vignes, ce test est très discutable, car la bilirubinémie se trouve généralement augmentée dans la grossesse normale.

L'hémotinémie constituerait un signe pour le diagnostic de la grossesse extra-utérine.

Iwanoff a présenté une réaction au pyramidon pour déterminer l'hématine dans le sérum.

Les résultats sont les suivants : en cas de grossesse extra-utérine, Iwanoff a obtenu 93 % de réponses positives. Apajalahti a eu 75 % de réponses positives en cas de grossesse extra-utérine.

Vignes, Dobrylovsky et Wolowa et d'autres, remarquent que cette réaction n'a rien de spécifique. Car on trouve cette réaction positive dans les diverses lésions où il y a des hémorragies intra-parenchymateuses.

En somme, les procédés biologiques présentent une valeur incontestable, à condition d'être associés, de tenir compte des constatations cliniques.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Les pertes sanglantes ne comportent pas au cours de la grossesse tubaire une signification pronostique.

Elles ne sont jamais abondantes pour mettre par elles-mêmes la vie de la malade en danger.

On leur attribuait autrefois une valeur pronostique. Les auteurs disaient que si les pertes diminuaient d'intensité et disparaissaient progressivement, on pouvait attendre la guérison spontanée, médicale, sans intervention.

Au cours de l'évolution d'une grossesse ectopique, il ne faut pas compter sur la possibilité d'une guérison médicale : cette idée se soutient encore à l'heure actuelle. Elle retrouve un regain d'actualité par l'étude des réactions biologiques de la grossesse. On peut dire que tant que la réaction d'Asheim-Zondek reste positive, l'œuf présente encore quelques villosités vivantes. On peut dire aussi que tant que les pertes de sang continuent, il reste encore des villosités vivantes capables de produire un petit saignement.

Aussi la négativité des réactions biologiques associée à la disparition des pertes de sang constitue les signes qui peuvent laisser espérer une guérison spontanée.

Le diagnostic de la grossesse tubaire comporte une seule sanction thérapeutique : l'acte chirurgical.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Il n'existe pas de thérapeutique spéciale des pertes de sang dans la grossesse tubaire.

La perte est un signe qui aide le diagnostic.

Une fois celui-ci posé, il oblige à l'intervention le plus rapidement possible.

Certes, il existe des abstentionnistes; ils espèrent l'arrêt et la résorption possible du sang épanché.

Mais il nous semble que, même si le sang s'arrête après des accidents aussi graves, la vie de la femme est encore très en danger et que d'autre part, comme rien ne peut faire prévoir cet arrêt, non plus que la reprise possible de l'hémorragie, on risque d'être appelé à se décider à opérer dans de plus mauvaises conditions encore, ou à laisser mourir la malade avec le regret de n'avoir rien tenté pour la sauver et pour avoir peut-être la chance d'opérer dans des conditions meilleures ou plutôt moins défavorables.

En effet, l'opération aura d'autant plus de chance d'être efficace, le diagnostic étant le plus précoce et

l'état général meilleur, et là encore nous n'avons pas d'éléments suffisants pour affirmer que l'hémorragie est, ou va s'arrêter, et qu'elle ne va pas reprendre insidieusement, nous forçant d'intervenir alors dans des conditions bien moins satisfaisantes.

« Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale » (Pinard).

« Toute grossesse extra-utérine doit être considérée comme une tumeur maligne et extirpée comme telle » (Werth).

Une femme en état de grossesse ectopique n'est jamais sûre du lendemain; elle est à la merci d'une rupture qui peut être foudroyante, et ce sont là des chances que nous n'avons pas le droit de lui faire courir » (J.-L. Faure).

Donc, le traitement de la grossesse extra-utérine doit être exclusivement chirurgical.

Sans entrer dans les détails de l'acte opératoire, nous esquisserons néanmoins dans les grandes lignes tout ce qui est pratiqué par la plupart des auteurs.

Traitement de grossesse extra-utérine de moins de cinq mois.

Il y a lieu de distinguer deux cas :

- a) la grossesse évolue normalement;
- b) elle est compliquée.

Il faut intervenir immédiatement dès que le diagnostic est posé.

Contrairement à quelques chirurgiens qui donnent leur préférence à la voie vaginale, voulant faire profiter les malades des avantages de l'élythrotomie, J.-L. Faure, Schwab et beaucoup d'autres sont nettement en faveur de la laparotomie qui évite dans la plupart des cas le sacrifice des annexes opposées.

L'intervention consistera dans l'ablation du kyste fœtal et des seules annexes intéressées. Tous les chirurgiens sont d'accord pour effectuer la même technique que celle qu'ils emploient pour une salpingite kystique.

Les difficultés de l'opération ne surgissent que quand il y a vascularisation intense des organes ou des adhérences du kyste fœtal qui peuvent être très prononcées. Dans ce dernier cas, il faut commencer par isoler le kyste fœtal des adhérences qui l'entourent. On sectionne ensuite entre deux pinces, près de la corne de l'utérus, en dehors de l'insertion du ligament rond, le pédicule interne tubo-utérin de la poche (Schwab). Puis, suivant le procédé du Professeur J.-L. Faure, on fait basculer cette dernière en dehors et on la décolle de bas en haut et de dedans en dehors. On achève l'extirpation par la section entre deux pinces du pédicule externe tubo-ovarien.

Lorsqu'il existe des lésions des annexes du côté opposé, en présence d'une tumeur utérine quelcon-

que, on n'hésitera pas à pratiquer l'hystérectomie subtotale (J.-L. Faure).

Quand la grossesse est intra-ligamentaire, on incise le péritoine antérieur en sectionnant le ligament rond si c'est nécessaire, et on décortique la poche d'avant en arrière pour éviter la blessure de l'urètre.

En présence d'une grossesse tubo-interstitielle, tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que le plus souvent, il est impossible de trouver un pédicule interne et on sera forcé de faire une hystérectomie subtotale.

Cependant, Douay et Bonnet préconisent la résection de la corne utérine après hémostase par ligature de l'utérine sous l'origine du ligament rond.

En principe, on ne draine pas.

Le traitement de choix d'une suppuration de l'hématocèle est la ponction de cul-de-sac de Douglas, suivie d'une colpotomie.

En cas de trop grandes difficultés, il faudra se résoudre à faire une hystérectomie sus-vaginale.

Enfin, quand il s'agit d'une inondation péritonéale de l'hématocèle cataclysmique, l'intervention d'extrême urgence peut seule sauver la malade (86 % de mortalité dans l'expectative, 85 % de guérison par opération, d'après la statistique de Cestan).

Il ne faut pas opérer la malade en état de choc, on peut la tuer.

Dans ce cas, il est capital, avant d'opérer, de relever l'état général de la malade par des injections de sérum, de l'huile camphrée, des enveloppements chauds des extrémités, en mettant la malade en position déclive.

Après cette préparation, la malade sera capable de supporter l'intervention.

Celle-ci consistera en une laparotomie sous-ombilicale. On recherchera ensuite le kyste fœtal rompu, en se guidant sur le fond de l'utérus. On place deux pinces sur l'angle tubo-utérin. L'hémorragie est arrêtée, on enlève les caillots, on lie au catgut les pédicules vasculaires et, si la malade n'est pas trop choquée, on réunit les feuillets péritonéaux, de l'aileron tubaire du ligament large.

On peut fermer la paroi abdominale sans drainage. Douay draine toujours pour permettre au sang de s'écouler et empêcher la formation de gros caillots qui peuvent créer des complications post-opératoires.

2. — *La grossesse tubaire a dépassé cinq mois.*

Le danger de rupture devient moindre.

D'autre part, les indications opératoires se modifient, car le fœtus se rapproche de plus en plus de l'époque où il sera viable. On pourra attendre, mais

à condition que le « sauvetage de l'enfant n'entraîne jamais l'ombre d'un péril pour la mère » (Ségond).

La plupart des auteurs sont d'accord, dans ces cas-là, d'attendre la fin du huitième mois pour opérer.

En cas de mort fœtale (récente), l'indication d'opérer est encore indiscutable; mais il est préférable d'attendre que la circulation inter-kysto-placentaire soit ralentie, même supprimée : on diminue ainsi le danger d'hémorragie opératoire.

Quand le fœtus est mort depuis longtemps, l'opération doit également être pratiquée, malgré qu'on cite de nombreux cas de tolérance parfaite du fœtus transformé en lithopédion pendant de longues années.

OBSERVATION N° 1

M^{me} B..., âgée de 38 ans, réglée à 17 ans, régulièrement sans douleurs; les règles, d'abondance moyenne, durèrent cinq à six jours.

Quatre grossesses normales, terminées par des accouchements physiologiques et une fausse-couche de quatre mois il y a dix ans. Jamais elle n'a souffert du ventre; jamais de pertes blanches. C'est une femme robuste.

Dernières règles normales le 2 septembre 1934. Durée habituelle : six jours. Au début d'octobre, elle attendit vainement ses règles.

Vers la fin du mois, par conséquent 25 jours après la date habituelle de ses menstruations, la malade a eu ses règles d'aspect normal. A ce moment, elle se sent un peu fatiguée. Notons qu'elle s'est crue enceinte lorsqu'elle a eu le retard signalé. Pas de règles en novembre, ni au début de décembre.

Le 20 décembre 1934, après un effort, elle fut prise subitement d'une douleur très violente dans le bas-ventre du côté droit, se propageant partout dans la région abdominale et lombaire. Trois vomisse-

ments, mais pas de lipothymie. Température non prise, pas de métrorragies.

Le lendemain, la douleur est moins forte; il ne persiste qu'un endolorissement du ventre, avec un point plus sensible au-dessus de l'ombilic, à droite de la ligne médiale.

Pertes de sang le lendemain, durant quelques jours. Après un repos de 8 jours, elle se sent mieux et reprend ses occupations.

Le 12 janvier, soit 22 jours après la première crise, son mari fait appeler un médecin, qui ordonne le repos au lit et glace sur le ventre.

Il ne pense pas à une grossesse anormale, et dit à la malade qu'elle a un utérus fibromateux qui saigne.

Le 15 janvier 1935, une nouvelle crise douloureuse se produit, mais moins forte que la première; des pertes sanguines abondantes se sont produites qui durèrent 6 jours, comme les règles : couleur café au lait foncé, sentant mauvais.

M^{me} B... aurait expulsé, à cette époque, une « longue peau » sillonnée de veines bleuâtres, qui paraît être la caduque.

Après un arrêt de quelques jours, l'écoulement sanguin utérin a repris sous forme de petites pertes presque continuelles venant et disparaissant d'une façon capricieuse, et peu abondantes.

La persistance de la douleur pelvienne et abdominale, les écoulements sanguins de caractère anormal, la décident à venir à la consultation de l'hôpital Broca.

Le 28 janvier, le docteur Moricard, médecin-consultant du Service, en l'examinant soigneusement, trouve que son état exige une hospitalisation urgente; la malade se refuse à cette invitation immédiate, mais rentre le jour suivant, à huit heures du matin, soit le 29 janvier 1935.

EXAMEN

Au toucher vaginal, on trouve le col un peu mou et légèrement entr'ouvert; le corps de l'utérus est à peine augmenté de volume, et ferme. A droite et en arrière de l'utérus, le toucher, combiné au palper, permet d'apercevoir une masse unilatérale, arrondie, grosse comme une petite mandarine, molasse, sensible, séparée de l'utérus par un sillon. Cette masse a une certaine indépendance de l'utérus; elle est relativement mobile.

La mobilité et les mouvements ne se transmettent pas directement au corps utérin.

Le diagnostic clinique est hésitant; on pense plutôt à une grossesse ectopique qui aurait produit des accidents hémorragiques, sans rupture, cependant.

Mais on pouvait penser à des lésions d'ovarite kystique, avec répercussion sur la menstruation.

Aussi, on fait une réaction d'Ascheim-Zondek qui est positive.

Après cette réponse, le diagnostic de grossesse extra-utérine est posé : on propose à la malade une intervention chirurgicale.

Opération le 2 février 1935. Opérateur : docteur Jonard, chef de clinique; aide : M. Rodier, interne du service.

Anesthésie à l'éther. Incision médiane sous-ombilicale. Paroi très vascularisée et saignant facilement. Quelques ligatures d'hémostase.

Dès l'ouverture du péritoine, on aperçoit dans le petit bassin l'utérus en avant et légèrement dévié à gauche. En arrière, il existe une petite masse adhérente et bloquée, mais facilement décollable. Elle est fénitente, et bleuâtre (il se produit une petite hémorragie). La trompe est soulevée et attirée vers la gauche. On sectionne le ligament rond et on libère le plan péritonéal antérieur (lig. large); ligature du pédicule utéro-ovarien. Puis on bascule la masse latéro-utérine d'avant en arrière et de bas en haut que l'on décolle du plan postérieur. La masse est enlevée.

Dans le fonds du Douglas, deux caillots anciens,

adhérents. Après un nettoyage soigneux du petit bassin, on pose un Mikulicz, deux mèches, un drain. Fermeture en deux plans.

SUITES OPÉRATOIRES

Température à 38°4 dès le lendemain de l'opération. Digitaline, sérum physiologique sous-cutané. Révulsions. Eucalyptine. Les suites opératoires sont particulièrement favorables. La mèche est enlevée le sixième jour, aucune fièvre. Ablation de Mikulicz le onzième jour; la température, qui reste aux environs de 37°6, 37°9, pendant une dizaine de jours, baisse, et la malade se sent en bon état.

Elle est sortie le vingt-troisième jour, en bonne voie de cicatrisation.

Nous l'avons vue le 14 mars : cicatrisation complète, aucune souffrance.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Grossesse intra-murale. L'œuf, infarci, est greffé en pleine paroi tubaire; il a dissocié le chorion, et la musculaire de cette dernière, et il occupe une zone de 1 cm. 1/2 d'épaisseur, comprise entre l'épithélium tubaire extrêmement aplati et le péritoine. La plaque

choriale est exactement sous-séreuse. D'elle partent des villosités assez peu nombreuses, mais bien constituées, avec cellules de Langhans et syncytium.

CONCLUSION

Dans cette observation, la grossesse tubaire a été précédée non pas d'un retard de règles, mais de deux retards. Les dernières règles datent du 3 septembre. Pas de règles le 2 octobre, et la malade a la sensation de commencer une grossesse. Puis les règles reviennent normales le 25 octobre.

Alors, apparaît le deuxième retard de règles de novembre et de décembre, soit un mois et demi sans règles. Alors seulement, le 20 décembre, se produit la première manifestation de la grossesse tubaire. L'examen de l'œuf montre une grossesse de deux mois, la mort du fœtus pouvant être placée vers le 15 janvier, au moment de l'élimination de la fausse caduque.

D'après ces données, il faut faire remonter le début de la grossesse vers le 10 novembre, soit 15 jours après les règles du 25 octobre.

Comment expliquer le retard des règles du début d'octobre?

Le deuxième fait intéressant est celui de la localisation intra-murale de la grossesse tubaire.

OBSERVATION N° 2

M^{me} L..., âgée de 29 ans, réglée à 14 ans, a toujours eu ses règles douloureuses et très irrégulières, alors même qu'elle était jeune fille. Les règles, d'abondance moyenne, duraient 4 à 5 jours. La période inter-menstruelle variait de 20 jours à deux mois 1/2.

Mariée à 22 ans, elle eut une première grossesse normale, et accoucha normalement d'un enfant vivant, mort à l'âge de 3 ans, à la suite d'une rougeole.

Par la suite, deux fausses-couches; et, depuis environ un an, M^{me} L... accuse des pertes blanches.

Dernières règles en date du 18 au 22 septembre.

En somme, son histoire pathologique commence au mois d'octobre. A cette époque, elle présente un retard de 8 jours dans ses règles, ces dernières d'aspect normal. En novembre, pas de règles.

La malade, habituée à l'irrégularité de ses règles, et n'éprouvant pas les troubles ordinaires d'un début de grossesse, ne se croyait pas enceinte.

Décembre et janvier, règles normales.

Du 4 au 6 février, hémorragies assez abondantes, avec quelques petits caillots, et suivies de douleurs au niveau du bas-ventre, avec prédilection du côté

gauche; en outre, la malade a ressenti des nausées, une légère lipothymie, sans cependant perte de connaissance.

Etant donné la persistance de la douleur, elle dut consulter son médecin traitant, qui diagnostiqua une métrite hémorragique, et ordonna le repos au lit, avec glace sur le ventre. Une légère amélioration s'ensuivit.

Le 9 février, une nouvelle crise s'est produite, suivie de petites pertes de sang de couleur brune, sans aucune odeur.

Du 20 au 27 février, arrêt des hémorragies utérines.

Le 28, l'hémorragie reprend sous forme de petites pertes presque continuelles, et dure jusqu'au jour de l'opération.

La malade, inquiète de la persistance de son état, consulte le 1^{er} mars à l'hôpital Broca, où elle est admise immédiatement.

EXAMEN

Au toucher vaginal, on constate du côté gauche une masse grosse comme une noix, assez haut placée.

Un utérus légèrement augmenté de volume.

Col un peu mou.

Le Douglas est douloureux.

Enfin, pour compléter l'examen, une réaction d'Ascheim-Zondek a été faite.

Quoiqu'elle soit négative, la connaissance des antécédents exposés, les symptômes concomitants donnés par l'examen direct et l'aggravation de l'état général posent le diagnostic de grossesse extra-utérine.

L'intervention immédiate est décidée.

OPERATION

Opérée le 2 mars 1935 par le Professeur Proust, assisté du docteur Jonard, chef de clinique.

Anesthésie à l'éther. Incision médiane sous-ombilicale. Le diagnostic est confirmé : il s'agit d'une petite grossesse ampullaire gauche, avec un gros ovaire (corps jaune).

Salpingectomie gauche. Castration gauche.

Fermeture en deux plans.

SUITES OPERATOIRES

Normales, sans aucun incident; la malade quitte le service le 23 mars 1935, complètement guérie.

Actuellement en bonne santé. Elle a de temps en temps quelques vagues douleurs du côté opéré. Le ventre est bien souple.

M^{me} L... a été réglée deux fois depuis l'intervention : les règles durent toujours aussi longtemps qu'avant l'opération.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Infarctus de l'œuf. Villosités choriales en pleine dégénérescence. L'axe villeux est complètement histolysé.

Le revêtement, qu'il s'agisse des cellules de Langhans ou du syncytium, est également en voie d'histolyse.

CONCLUSION

Un œuf mort depuis longtemps avec Ascheim-Zondek négative, peut encore saigner.

Difficulté d'interprétation des signes cliniques.

Date de la grossesse?

OBSERVATION N° 3

M^{me} R..., âgée de 36 ans, réglée à 13 ans, sans aucun phénomène douloureux.

Après une grossesse normale, elle accouche, à terme, d'un enfant vivant et bien portant, actuellement âgé de dix ans.

Pas de fausse-couche; ne présente pas de pertes blanches.

Les dernières règles normales datent du 28 janvier au 5 février. Elles apparaissent le 2 mars, donc à l'époque présumée. Puis, métrorragies continuelles peu abondantes de sang rouge.

Le 29 mars, la malade est prise d'une douleur violente à gauche dans le bas-ventre, sans nausées ni vertiges, mais l'obligeant à s'aliter.

Le 31 mars, réapparition de signes douloureux, avec les mêmes caractères que durant la crise précédente. La douleur se répète plusieurs fois.

Le 2 avril, date à laquelle doivent venir les règles, la malade présente une métrorragie plus abondante, avec caillots, pertes sanglantes devenant chocolat.

Devant son état qui s'aggrave, M^{me} R... vient à la

consultation du 8 avril 1935 au matin, à l'hôpital Broca, où son admission est jugée nécessaire.

A l'examen, on note : facies pâle, pouls rapide, température 37°8, tension artérielle 12/7 1/2. Temps de coagulation : 6 minutes; temps de saignement : 3 minutes 1/2.

Au toucher vaginal, on constate d'une façon assez précise une masse du côté gauche.

D'autre part, le toucher vaginal, combiné au palper, indique que l'utérus a perdu beaucoup de sa mobilité et qu'il semble entouré par une masse pâteuse et assez volumineuse qui le fixe.

Par ailleurs, la ponction du cul-de-sac de Douglas ramène du sang noirâtre.

En se basant sur l'hémorragie utérine, peu abondante, mais continue, sur la localisation des crises douloureuses, dans la région annexielle gauche, l'examen au toucher vaginal, la ponction de Douglas positive, le diagnostic d'une hématocele est posé (une réaction d'Ascheim-Zondek étant positive). On décide une intervention immédiate.

Opération le 8 avril 1935. Opérateur : Professeur Proust; aide : docteur Jonard, chef de clinique.

Anesthésie à l'éther; incision médiane sous-ombilicale, paroi blanchâtre, anémique. Dès l'ouverture du péritoine, on trouve du sang liquide frais qui remplit le Douglas, ainsi qu'une grande quantité de cail-

lots noirâtres; l'épiploon est infarci, violet au contact, cartonné.

Le sang est épongé et, quand la plus grande partie a été ainsi enlevée, on met la malade au Trendelenbourg, pour vider à pleines mains les caillots qui remplissent l'excavation.

Les annexes gauches et leur pédicule sont saisis; il s'agit d'une grossesse extra-utérine rompue.

Ablation de ces annexes après ligature.

On achève alors le nettoyage de la cavité pelvienne du sang et des caillots qui s'y trouvent encore.

Après la pose d'un drain méché dans le Douglas, la paroi est fermée en un plan.

SUITES OPERATOIRES

La température dès le lendemain de l'opération s'élève aux environs de 38°6; pendant quelques jours, elle baisse progressivement vers la normale, et s'y maintient; la malade se sent très bien.

La mèche est enlevée au bout de 24 heures.

Ablation du drain au sixième jour.

Du 26 au 30 avril, soit 19 jours après l'opération, la malade a eu des règles normales, quoiqu'un peu douloureuses.

Elle quitte l'hôpital le dix-neuvième jour, en très bon état, complètement apyrétique, ne présentant plus aucune douleur. La cicatrice est très belle.

HISTOLOGIE

La coupe passe par le pédicule de l'œuf. Celui-ci est fortement infarci. L'hémorragie a complètement dissocié la paroi tubaire; on trouve une musculature complètement effondrée. La réaction des tissus maternels est assez faible : quelques cellules déciduales, et réaction lymphoïde diffuse.

L'œuf montre un assez grand nombre de villosités en bon état; quelques-unes seulement assez fortement implantées dans les tissus maternels grâce à leur syncytium. Ce dernier se libère des villosités en maints endroits. Son action histolytique est très prononcée. De nombreux petits plasmodies isolés creusent la paroi tubaire. En même temps, à proximité de cette avant-garde plasmodiale, on voit partir quelques villosités des massifs assez importants des cellules de Langhans.

En somme, on constate une profonde activité érosive du syncytium, et présence de quantité nombreuse de cellules de Langhans.

CONCLUSION

La grossesse tubaire s'est développée sans retard de règles apparent. Elles ont dû s'accompagner d'un décollement de l'œuf tubaire, ce qui explique la prolongation de la perte de sang jusqu'au jour de l'intervention.

Puis, les événements se sont précipités; les pertes de sang ont augmenté après chaque crise douloureuse; M^{me} R... a été opérée d'urgence le jour même de son admission dans le Service pour des signes d'hémorragie interne, ce qui fut vérifié au cours de l'opération.

OBSERVATION N° 4

M^{me} J..., âgée de 30 ans, réglée à 14 ans; dès la formation, ses règles sont, non douloureuses, mais irrégulières, tant au point de vue de leur date d'apparition que de leur durée. Jamais de pertes dans l'intervalle des époques.

Mariée à 21 ans, elle n'a jamais eu d'enfant, mais, il y a trois ans, elle a fait une fausse-couche, ne nécessitant pas de curetage.

Le 23 février, M^{me} J... a ses règles avec quinze jours de retard sur les dernières règles normales, d'autant du 8 janvier.

Après 5 jours, durée normale de la menstruation, les règles se sont modifiées en une métrorragie peu abondante, distillante, sans autres troubles, et qui dura jusqu'au 9 mars. A cette date, arrêt de deux jours de la métrorragie, pendant lequel la malade accuse des douleurs au niveau du ventre, avec sensation de gonflement, et pesanteur.

En effet, le 9 mars, à 4 heures du soir, sans cause apparente, pendant la marche, apparition brusque d'une vive douleur dans la fosse iliaque gauche, bien-

tôt irradiée à la région hypogastrique; sueurs froides. Etat lypothymique. Elle est obligée de s'asseoir, mais ne perd pas connaissance.

Elle rentre seule, et s'alite.

Le 11 mars, en même temps que persistent ces phénomènes douloureux, les métrorragies reprennent de nouveau, sans modification de caractère, et continuent les jours suivants, jusqu'au moment de l'entrée de M^{me} J... à l'hôpital Broca.

Enfin, recrudescence douloureuse le 28 mars, donnant lieu à de véritables crises, qui durent un quart d'heure à trois heures, et laissent après elles un endolorissement très accusé.

Le médecin-consultant, d'après l'histoire et la symptomatologie de la malade, l'adresse à l'hôpital Broca, avec le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Le 30 mars, le docteur Lejeune l'examine. Une exploration des organes génitaux permet de découvrir une petite masse sensible siégeant du côté gauche. De ce fait, le diagnostic précité est confirmé.

La malade est admise, et opérée deux jours après.

OPERATION

Opérée le 2 avril 1935, par le Professeur Proust, aidé du docteur Jonard, chef de clinique.

Anesthésie à l'éther. Incision médiane sous-ombilicale.

L'intervention chirurgicale, dès l'ouverture du ventre, montre qu'il s'agit d'une grossesse extra-utérine gauche, isthmique, avec du sang épanché dans le péritoine (hématome bleu).

Castration gauche; évacuation des caillots.

Après la pose d'un drain méché, on ferme en deux plans.

SUITES OPERATOIRES

Dès le lendemain de l'opération, la température s'élève aux environs de $38^{\circ}2$. Les jours suivants, elle accuse 39° , puis $38^{\circ}8$, $38^{\circ}4$, $39^{\circ}2$ le cinquième jour, où l'on effectue l'ablation du drain (la mèche a été enlevée le deuxième jour). A noter : une légère congestion pulmonaire.

Le sixième jour, température 38° , oscillant depuis entre 37° et 38° .

Le onzième jour, ablation des drains et agrafes.

La malade a quitté l'hôpital le 20 avril, en très bon état, complètement apyrétique, ne présentant plus aucune douleur.

La cicatrice est très belle.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Œuf infarci avec villosités en partie dégénérées, mais présentant un pédicule très net et en pleine activité, constitué par quelques villosités moins altérées qu'au centre de l'œuf. Leur axe mésenchymateux est histolysé, mais leur revêtement est extrêmement proliférant; le syncytium forme des cordons plasmodiaux ou essaime des plasmodies isolés qui tendent à s'infiltrer dans les tissus tubaires et donnent l'impression qu'il s'agit d'un chorioepithéliom au début. Cependant, le dosage biologique en unités Brindeau par la réaction d'Asheim-Zondeck fait abandonner cette idée. Les cellules de Langhans sont très nombreuses, et se multiplient en massifs pleins présentant de fréquentes mitoses.

OBSERVATION N° 5

M^{me} L..., âgée de 18 ans 1/2, réglée à 11 ans, toujours très régulièrement, sans douleurs; règles d'abondance moyenne, durant 6 jours chaque mois.

La malade a été soignée il y a trois ans pour une métrite, par des pansements. Pas de pertes blanches.

Mariée au mois de décembre 1934.

Dernières règles normales en date du 16 au 22 février. Le 30 mars, après un retard de 8 jours, apparition soudaine d'une douleur violente dans le bas-ventre, surtout du côté droit, s'irradiant dans toute la région. Elle ne présente pas de vomissements ni de lypothymie; quelques heures après la douleur, une perte de sang rouge se produit.

Le lendemain, une nouvelle crise douloureuse se produit, plus forte que la précédente, bientôt suivie d'une métrorragie assez abondante. La malade considère cette métrorragie comme des règles.

Sous l'influence du repos au lit, de l'application de compresses chaudes, et après une selle, la douleur a sensiblement diminué.

Elle ne pense pas à un début de grossesse, malgré le retard des règles constaté, car elle n'en présente pas les troubles habituels.

Pendant près d'un mois, M^{me} L... reste chez elle, continuant à souffrir du bas-ventre et à perdre du sang d'une façon intermittente. Enfin, elle se décide à venir à midi à la consultation de l'hôpital Broca, le 1^{er} avril 1935.

EXAMEN

On note : facies pâle, pouls rapide, température 37°6, tension artérielle 12 1/2-6 1/2.

Au toucher vaginal, on constate un col petit, normal. L'utérus n'est pas très augmenté de volume. L'annexe droite est grosse et douloureuse. Le cul-de-sac de Douglas est rempli par une masse pâteuse. Une réaction d'Ascheim-Zondeck est faite dans un but purement scientifique, car le diagnostic de grossesse extra-utérine paraît certain. Cette réaction sera reconnue positive, quelques jours plus tard.

Après avoir remonté la malade par sérum physiologique, huile camphrée, morphine, le 4 avril 1935, on l'opère sans plus tarder pour grossesse extra-utérine rompue, avec hémorragie interne.

Opérateur : Professeur Proust; aide, docteur Jonard, chef de clinique.

Anesthésie générale à l'éther; incision médiane sous-ombilicale; paroi blanche, anémique. Dès l'ou-

verture du péritoine, on trouve du sang liquide frais dans la cavité péritonéale, le Douglas est rempli d'une grande quantité de caillots noirâtres; le sang est épongé et les caillots enlevés. On saisit la trompe droite. Il s'agit d'une grossesse ampullaire droite rompue. Ablation de l'annexe après ligature. Après la pose d'un drain, deux mèches et Mickulicz, on ferme la paroi en deux plans.

SUITES OPERATOIRES

La température monte à 40° dès le lendemain de l'opération et persiste pendant deux jours, puis descend progressivement et revient à la normale vers le neuvième jour.

La mèche est enlevée au bout de 24 heures.

Ablation du drain au sixième jour. On enlève Mickuliez le quatorzième jour, sous-anesthésie.

Le seizième jour, la température monte de nouveau à 38°6, correspondant à un hématome, et se maintient ensuite à la normale.

Pas de règles post-opératoires, mais douleurs du côté droit, à la date présumée de la menstruation.

M^{me} L... quitte le service, complètement apyrétique, le 5 mai 1935, se sentant très bien.

Très belle cicatrice.

Nous avons revu la malade le 22 avril 1935. Elle a eu ses règles normales, quoiqu'elle souffre un peu.

Nous l'avons revue le 2 juin 1935. Elle a ses règles comme avant l'opération.

HISTOLOGIE

Le pédicule d'implantation est assez large, l'œuf est très infarci. Plus aucune trace de muqueuse, musculuse très dissociée. Paroi tubaire très distendue.

Réaction maternelle très faible : œdème et infiltration lymphoïde diffuse.

Du côté foetal, les villosités sont perdues dans un vaste infarctus au milieu duquel elles essaient très nombreuses, éléments de syncytium et de larges placards de cellules de Langhans.

CONCLUSION

Observation montrant l'évolution classique d'une grossesse tubaire évoluant par poussées successives d'hémorragies intra-tubaires, se traduisant par des crises douloureuses suivies de pertes de sang. Puis la rupture se produit avec des accidents graves, nécessitant l'opération d'urgence.

Le fait particulier est que, pendant un mois, quoique souffrant et perdant du sang, la malade a pu faire chez elle son travail de ménagère, et qu'elle est venue à pied à l'hôpital.

Ce qui montre que la douleur, signe de premier ordre dans la grossesse ectopique qui saigne, peut être parfois tolérée, au point de ne pas frapper l'attention du clinicien.

OBSERVATION N° 6

M^{me} V..., âgée de 26 ans, réglée à 11 ans, menstruation d'abondance moyenne, régulière, durant 4 jours chaque mois, peu douloureuse, puis douloureuse après le mariage.

Mariée depuis 7 ans, elle a eu trois enfants, dont deux vivants, bien portants, un venu avant terme, n'ayant vécu que 48 heures.

Trois fausses-couches de 3 mois, 2 mois, et 6 mois. Pertes blanches depuis toujours, et, il y a deux ans, salpingite.

Les dernières règles normales datent du 16 au 20 septembre. Pas de règles au mois d'octobre, mais douleurs à la date présumée de la menstruation, compliquées de pesanteur et de constipation.

Du 26 au 30 novembre 1934, la malade accuse des douleurs au niveau du bas-ventre, du côté gauche de la ligne médiane, suivies de pertes de sang brun, noirâtre, avec de petits caillots.

Puis tous les phénomènes s'éteignent jusqu'au 12 décembre où la malade ressent une nouvelle crise douloureuse, siégeant dans la même région, toujours du côté gauche, et présentant les mêmes caractères : pertes de sang brun chocolat, petits caillots, mau-

vaise odeur. Quelques vomissements dans la journée, tendance syncopale, avec perte de connaissance.

Le médecin-traitant, consulté, pose le diagnostic d'un fibrome de l'utérus et ordonne le repos au lit pendant quelques jours, avec glace sur le ventre et fortifiants. Il en résulte une sensible amélioration, permettant la reprise du travail.

Le 15 décembre, la malade accuse une nouvelle crise douloureuse, qui détermine une chute par terre, suivie de perte de connaissance, puis de métrorragie, durant jusqu'au jour de l'opération. Le repos au lit s'impose. M^{me} V... reste chez elle jusqu'à la fin du mois.

Le 1^{er} janvier, la malade a été vue de nouveau par son médecin qui, en l'examinant soigneusement, trouve que son état est assez sérieux, et l'adresse au docteur Jonard, chef de clinique, à l'hôpital Broca.

A l'examen dans le service, on écarte l'idée du fibrome. On recherche les signes de la grossesse extra-utérine, mais on ne trouve qu'un gros ovaire sclérokystique. On propose à la malade de rentrer dans le service en observation. Elle se refuse à cette demande à cause de son travail.

Dans ce cas, on lui conseille le repos au lit, et de revenir dans un mois.

En effet, elle vient à la consultation le 12 février

1935 avec la même symptomatologie (pertes de sang, douleurs dans le bas-ventre, localisées toujours du côté gauche).

EXAMEN

Amaigrissement, pâleur, fatigue générale. Température 37°6 le matin, 37°8 le soir. L'abdomen est souple, sans contracture, sans distension. La palpation dans l'ensemble est indolore sauf au niveau d'une petite zone sus et latéro-pelvienne gauche où la pression profonde des doigts réveille une douleur localisée assez vive.

Au toucher vaginal, le col est normal, l'utérus non augmenté de volume, non douloureux.

Les annexes droites sont perçues distinctement, l'ovaire est gros, de sensibilité normale. Par contre, l'annexe gauche paraît augmentée de volume, donnant la sensation d'une petite masse ronde, du volume d'une noix, dont la mobilisation réveille une douleur assez nette. Le Douglas est douloureux. On pense à une grossesse extra-utérine gauche. Mais, avant d'opérer, on fait une réaction d'Ascheim-Zondeck qui est négative, mais qui donne la réaction de la folliculine. Ce résultat, qui paraît contradictoire au diagnostic clinique, sera expliqué par les constatations opératoires.

OPERATION

Le 16 février 1935. Opérateur : docteur Jonard, chef de clinique; aide : M. Rodier, interne du service.

Anesthésie à l'éther. Incision médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du ventre, on se dirige vers les annexes gauches : elles sont intactes, ovaire un peu gros, non kystique. Par contre, du côté droit, on trouve un kyste au niveau de l'ovaire, assez volumineux, très peu de sang dans le ventre. Castration droite; appendicectomie.

Après la pose d'un drain méché, on ferme la paroi en deux plans.

Suites opératoires favorables. La température ne dépasse pas 38°2 pendant trois jours.

Le 19 février, trois jours après l'opération, la malade présente une perte de sang noirâtre, durant quatre jours, semblable à celles qu'elle a présentées avant l'opération.

Le 20 février, ablation du drain méché.

Le 23 février, ablation des fils.

M^{me} V... quitte le service le 3 mars 1935, en bon état.

Nous l'avons revue le 30 mars; elle a eu ses règles post-opératoires normales, quoiqu'un peu douloureuses.

Examen de la pièce. — Il s'agit d'un ovaire scléro-kystique avec un volumineux kyste folliculaire de la grosseur d'une pomme.

HISTOLOGIE

La paroi du kyste est constituée par cinq à six couches de cellules folliculaires. La thèque interne et la thèque externe sont relativement très développées. On y trouve de nombreux éléments formés de lymphoïdes présentant une vive réaction au Soudan III.

CONCLUSION

L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que le tableau clinique avait imposé une grossesse tubaire gauche, alors qu'il s'agissait d'un kyste folliculaire droit.

Sous l'influence du développement de ce kyste folliculaire, les règles étaient devenues irrégulières, avec absence de règles en octobre; puis, après une deuxième crise en décembre, les pertes de sang étaient devenues continues. Il sera intéressant de voir ce que deviendra l'ovaire gauche laissé en place.

OBSERVATION N° 7

M^{me} B..., âgée de 28 ans, réglée à 16 ans. Menstruation d'abondance moyenne, non douloureuse, durant 5 jours chaque mois. Mais, depuis lors, les règles retardent de 7 à 8 jours.

Mariée en 1928. Après une grossesse normale, elle accouche d'un enfant bien portant, actuellement âgé de 16 mois.

Une fausse-couche il y a six ans.

Méthro-salpingite en mai 1934, traitée par le repos, glace sur le ventre et ovules, qui n'apportent d'ailleurs aucun soulagement.

Depuis cette époque, la malade se plaint continuellement de douleurs dans le bas-ventre, entrecoupées de crises rares.

En mars 1935, elle accuse une recrudescence douloureuse.

Le 10 avril, la malade paraît réglée presque normalement, mais les règles sont suivies, d'une façon presque continue, de pertes jaunes, qui tachent le linge.

Le 3 mai, à la suite d'une forte crise douloureuse

et d'un vomissement, la malade voit ses règles survenir avec 7 jours d'avance; elles durent jusqu'au 8 mai.

M^{me} B... accuse une forte crise quelques jours avant son entrée à l'hôpital Saint-Louis, service du docteur Moure, en date du 18 mai.

A son arrivée dans le service, elle est examinée par le docteur Douay.

EXAMEN

Malade amaigrie, faible, fatiguée, pâle. Température à peu près normale.

Au toucher vaginal, combiné avec le palper abdominal, on trouve un utérus gros, dévié à droite. Une masse annexielle gauche et postérieure, douloureuse.

En présence de la symptomatologie de la malade et après l'examen gynécologique, on hésite entre le diagnostic d'une métrite du corps avec annexite. On peut encore penser à une tuberculose annexielle possible (avec réaction péritonéale). On pense aussi à une hématoçèle latéro-utérine et postérieure.

Devant ces trois possibilités, on soumet la malade à un traitement médical : glace sur le ventre, vaccin (Propidon).

M^{me} B... n'accuse aucune amélioration. Au contraire, elle souffre davantage et perd plus qu'avant son entrée à l'hôpital.

Vu l'aggravation de son état, on intervient chirurgicalement le 31 mai 1935.

OPERATION

Anesthésie à l'éther. Incision médiane sous-ombilicale. Castration uni-latérale droite pour hémato-cèle. Appendice non enlevé.

SUITES OPERATOIRES

?

CONCLUSIONS

1) Les pertes sanglantes sont au cours de la grossesse tubaire un élément de valeur pour le diagnostic.

2) Leur mécanisme de production est variable selon les cas : l'expulsion par l'ostium nuterinum d'une collection sanglante tubaire (hématosalpinx), l'expulsion de la caduque utérine semble être le mécanisme le plus fréquent.

3) Ces pertes peuvent se produire à toutes les étapes de l'évolution d'une grossesse tubaire : précocement elles sont un signe d'alarme, faisant soupçonner la grossesse tubaire, tardivement elles peuvent accompagner les grands accidents hémorragiques et sont alors éclipsés par leur intensité, enfin, elles peuvent persister après l'interruption de la grossesse — reliquat de grossesse tubaire et ont en pareille circonstance une valeur pronostique.

4) Si dans nombre de cas cette perte a des caractères propres elle peut cependant revêtir une allure banale, elle pose alors le diagnostic de métrorragie de la femme en période d'activité génitale.

5) Ce diagnostic passe par trois étapes : éliminer les autres métrorragies de la femme à cet âge, faire le diagnostic de grossesse, la localiser à la trompe.

6) Il n'y a pas de traitement des pertes sanglantes, elles aident au diagnostic de la grossesse tubaire, et ce diagnostic a une sanction thérapeutique : intervention chirurgicale.

Vu : Le Doyen,

G. ROUSSY

Vu : Le Président,

COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

AGUINET. — De l'inondation péritonéale dans les grossesses ectopiques. (Thèse de Paris, 1903.)

AIGROT (C.). — Rupture de la grossesse tubaire paradoxale. (Lyon chirurgical, sept.-oct. 1933, t. XXX, pp. 587-588.)

AUDIBERT. — Considérations sur trois cas de grossesse extra-utérine rompue. (Bull. soc. Obst. et Gynéc., oct. 1932, t. XXI, pp. 605-607.)

AUVRAY. — Gynécologie et obs., 1923, t. VIII, p. 341.

BARTHÉLEMY. — La rupture tubaire silencieuse. (Bull. soc. Obst. et Gynécologie, janvier 1933, t. XXII, pp. 96-98.)

BACULESCU. — Etude statistique sur la grossesse extra-utérine. (Revue de chirurgie, juin 1912.)

BECKERS. — Diagnostic, pathogénie et fréquence des grossesses extra-utérines. (Bruxelles médical, 20 mai 1928.)

BONNET. — Etude sur le diagnostic de l'inondation péritonéale et de l'appendicite aiguë. (Gynéc. et obs., 1925, t. XII, pp. 36-47.)

BOURSIER. — Congrès français de chirurgie, 1902.

BOUVIER. — Journal de médecine de Bordeaux, 1904, p. 69.

BRINDEAU. — La pratique de l'art des accouchements.

CADENAT. — Quand on pense souvent à la grossesse extra-utérine on n'y pense pas assez. (Presse Médicale, 12 février 1928.)

CESTAN. — Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne. (Thèse de Paris, 1893-94.)

CORNIL. — Sur l'anatomie et l'histologie de la grossesse tubaire. (Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, février 1900, p. 3.)

COUVELAIRE. — Etude anatomique sur la grossesse tubaire. (Thèse de Paris, 1901.)

CLÉMENT (F.). — Grossesse tubaire ayant atteint six mois sans rupture. Mort de fœtus. Intervention au onzième mois. Guérison. (Bull. Mém. soc. chirurgie de Paris, 15 avril 1932, t. XXIV, pp. 203-207.)

CRANWELL. — Inondation péritonéale par rupture d'un follicule de de Graaf. (Bull. de l'Acad. de Médecine, 1912, p. 185.)

DELETREZ. — La gynécologie, 1911.

DO AMARD. — Obst. et gynécologie, 1922, p. 319.

DURANTÉ. — De la trompe gravide dans un cas de grossesse pseudo-diverticulaire rompue. (La gynécologie, 1911.)

DOLÉRIS. — Sur le traitement de la grossesse ectopique. (Soc. d'obst. de gynéc. et de péd., 1900.)

DUFOUR (A.). — Les erreurs de diagnostic de la grossesse extra-utérine. (Hôpital, oct. 1932, t. XX, pp. 619-621.)

FAYOT. — Les méthodes de laboratoire dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine au début. (Montpellier méd., 15 mars 1933, t. III, pp. 223-231.)

FAURE (J.-L.). — S... Traité de Gynécologie, 1927.

FORGUE-MASABUAU. — Revue de Gynécologie, avril 1910, p. 319.

FESQ. — Grossesse extra-utérine et appendicite, diagnostic dif. et coexistence. (Thèse de Paris, 1912.)

FIEUX. — Presse médicale, déc. 1904.

FALLIASSON. — (A) Les formes graves des grandes hémorragies de la grossesse tubaire rompue. (Hôpital, mai (B) 1932, t. XX, pp. 366-368.

FOURNIER. — Soc. d'obst. et de gynécologie de Toulouse, décembre 1929.

GAUTIER. — Rupture de la grossesse tubaire et l'avortement tubaire. (Th. de Paris, 1893.)

GINFLINGER (A.). — Grossesse extra-utérine en voie de résorption. (Bull. soc. d'obst. et de gynécologie, 1933, t. XXII, pp. 688-689.)

HOUOT (A.). — Importante inondation péritonéale avec lésions minimales de grossesse tubaire. (Bull. soc. d'obst. et de gynécologie, oct. 1933, t. XXII, pp. 702-705.)

- HUBNER et MOREL. — Un cas de grossesse interstitielle. (Gynécologie et obstétrique, janvier 1930.)
- JAYLE et HALPÉRINE. — Presse médicale, 14 janvier 1922.
- JAYLE et NAUDROT. — La grossesse tubaire bilatérale. (Revue de gynécologie, 1904, p. 195.)
- KREIS (J.). — Considérations anatomiques et cliniques au sujet de la régression spontanée d'une jeune grossesse tubaire. (Bull. soc. d'obst. et de gynécologie juillet 1932, t. XXI, pp. 515-518.)
- LABADIE-LAGRAVE, F. LEGEUX. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.
- LAPEYRE (J.-L.). — Grossesse interstitielle. (Gynéc. et obst., déc. 1932, t. XXVI, pp. 481-494.)
- LEJARS. — Les fausses-couches tubaires. (Semaine médicale, 1904, p. 380.)
- LEJARS. — Les reliquats de l'avortement tubaire et leur diagnostic. (Sem. méd., 1910, p. 325.)
- LEQUEUX. — Quelques cas de grossesse interstitielle. (L'obstétrique, mai 1911, p. 493.)
- LENORMANT et HARTMANN. — Nouvelle contribution à l'étude des accidents de la grossesse tubaire. (Obst. et gynécologie, 1923, p. 273.)
- LAFONT. — Un nouveau signe de rupture tubaire. (Presse médicale, 23 février 1924.)
- BAZY (Louis). — Presse médicale, n° 87, 13 oct. 1906.
- PETIT DE LA VILLÉON et GIET. — Grossesse extra-uté-

rine sans diagnostic et ses incidents multiples. (Bull. et mém. soc. de chirurgie de Paris, 4 mars 1932, t. XXIV, pp. 158-161.)

PILLIET. — Des ruptures de la trompe gravide. (Progrès médical, 1893.)

REEB (M.). — Avortements tubaires jeunes à évolution ralentie et leur diagnostic. (Strasbourg médical, 5 août 1932, t. XCII, pp. 474-475.)

REEB (M.). — Avortements tubaires jeunes à évolution ralentie et leur diagnostic. (Gynécologie et obst., nov. 1932, t. XXVI, pp. 385-398.)

REYMOND. — Hémorragies dues aux grossesses tubaires sans rupture. (Congrès de Toulouse et gaz. médicale de Paris, 1910.)

SEJOURNET (P.). — Grossesse extra-utérine isthmique, diagnostiquée et opérée avant la rupture. (Bull. et mém. soc. de méd. de Paris, 27 mai 1933, t. CXXXVII, p. 370-374.)

TARTANSON. — Les hémorragies et l'hématocèle intrapéritonéales sans grossesse ectopique. (Thèse de Lyon, 1909.)

ULRICH (P.). — De l'inconstance de l'écoulement sanguin par l'utérus dans la grossesse extra-utérine rompue. (Rev. franç. de gynécologie et obst., janvier 1933, pp. 596-599.)

VIGNES (H.). — Diagnostic biologique de la grossesse extra-utérine. (Presse méd., 16 sept. 1933, t. XLI, pp. 1440-1442.)

VIGNES (H.). — Diagnostic de la grossesse extra-utérine. (Presse méd., 13 sept. 1933, t. XLI, pp. 1427-1428.)

VAUTRIN. — L'inondation péritonéale dans l'avortement tubaire, (La gynécologie, 1911.)

WILLETTE. — De l'inondation péritonéale dans l'avortement tubaire. (Thèse de Paris, 1910.)

POZZI. — Traité de gynécologie clinique et opératoire (1902).

MOUKTAR (A.). — Contribution au diagnostic et au traitement de la grossesse tubaire.

